梅津クリニック

受診問診票

フリガナ 氏名	生年月日 明・大・昭・平　　年　　月　　日 満　　才	性別 男　女
電話番号		
住所　（〒　　ー　　）		

本日はどうされましたか。あてはまる項目に丸印を付けてください。

泌尿器科

1、頻尿（おしっこが近い）

2、血尿（おしっこに血が混ざる）

3、残尿感（おしっこが残る感じ）

4、おしっこする時に痛い、うみがでる。

5、おしっこが出にくい、又は全くでない

6、おしっこが漏れる

7、いし（尿路結石）がある

8、腰が痛い

9、精液に血が混ざる

10、前立腺がんが気になる

11、ED（ぼっ起不全）が心配

12、ペニスが気になる（手術希望）

13、その他（　　）

内科

1、せき・鼻汁が出る、のどが痛い

2、熱がある（　　℃）

3、お腹が痛い、気持ちが悪い

4、胃が痛い、不快

5、下痢or便秘がある

6、血圧が高いor低い

7、健康診断で再検査になった

8、眠れない

9、禁煙したい

10、AGA・うす毛が気になる

11、注射希望（ニンニク注射、プラセンタ注射）

12、その他（　　）

☆その症状はいつからですか（　　）

☆薬や注射のアレルギーがあったら教えてください。（　　）

☆今までにかかった大きな病気、手術を教えてください

（　　年　　月頃　　病名　　）

（　　年　　月頃　　病名　　）

☆常用薬があったらご記入ください。（お薬手帳等お持ちでしたら、お出しください。）

（　　）

〇病状・診察内容により、問診コーナー・診察室へお呼びする順番が前後することがありますが、ご了承ください。